Nederlandse Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
I www.nza.nl

Uw brief van	Uw kenmerk		
16 januari 2015	709682-130365		
Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
		vragencure@nza.nl	0146749/0204428

Onderwerp
Uitkomsten onderzoek bekostiging gespecialiseerde GGZ voor doven en slechthorenden

Datum
28 september 2015

Mevrouw de Minister,

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van het onderzoek naar de bekostiging van de gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden. U heeft mij gevraagd nader in kaart te brengen in hoeverre er problemen zijn in de bekostiging van de gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden, en, voor zover er problemen bestaan, te onderzoeken hoe deze richting de toekomst opgelost kunnen worden. Het gaat daarbij zowel om de zorg aangeboden door gespecialiseerde instellingen, als de zorg aangeboden door gespecialiseerde afdelingen binnen reguliere instellingen.

Uit dit onderzoek blijkt dat de kosten van de deelnemende instellingen hoger liggen dan de opbrengsten die ze genereren. Wij zien hiervoor twee oorzaken: het niet kunnen tijdschrijven door de tolk Gebarentaal en communicatiedeskundige en de lagere productiviteit van deze beroepen en het overige tijdschrijvende personeel.
Wij zien dat een groot deel van het tekort opgelost kan worden als de tolk Gebarentaal en communicatiedeskundige tijd kunnen schrijven in de DBC. Wij zijn daarom voornemens, indien een positief advies daartoe wordt gegeven door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz, deze beroepen per 2017 op te nemen in de DBC beroepentabel voor de ggz. Ten aanzien van de lagere productiviteit van het tijdschrijvende personeel achten wij verder onderzoek noodzakelijk omdat op dit moment niet duidelijk is welk deel van het productiviteitsverlies specifiek gerelateerd is aan de zorg voor deze patiëntengroep. Zodra de tolk Gebarentaal en communicatiedeskundige tijd kunnen schrijven in de DBC, zullen wij ook de productiviteit van deze beroepen opnieuw onderzoeken.

De NZa werkt samen met alle betrokken stakeholders aan de doorontwikkeling van de DBC productstructuur ggz/fz. Een van de randvoorwaarden voor de toekomstige productstructuur is om deze meer te laten aansluiten op de zorgvraag(zwaarte) van de patiënt.
Een duurzame oplossing voor de bekostiging van de ggz voor doven en slechthorenden zien wij dan ook in deze nieuwe productstructuur.

Leeswijzer
Allereerst beschrijven wij kort de aanleiding voor dit onderzoek. Vervolgens beschrijven we de onderzoeksopzet en de uitkomsten en conclusies van het onderzoek. Tot slot volgt de voorgestelde oplossingsrichting voor de korte en voor de lange termijn.

Aanleiding
In 2013 heeft de NZa een kostenonderzoek uitgevoerd (zie brief d.d. 5 december 2013, kenmerk 0065936/89744 voor de conclusies uit dit onderzoek) waaruit blijkt dat de vergoeding die de DBC ggz systematiek biedt voor de kosten van de tolk Gebarentaal ontoereikend is voor instellingen met een bovengemiddeld aantal patiënten met een auditieve beperking. Naar aanleiding hiervan heeft u mij gevraagd nader onderzoek te doen naar de bekostiging van de gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden.

Onderzoeksaanpak
De centrale vraag die wij in dit onderzoek hebben gesteld luidt:

'In hoeverre zijn er problemen in de bekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden, en, hoe kunnen eventuele problemen in de bekostiging opgelost worden?'

Daarbij wordt een mogelijke oplossing getoetst aan de volgende randvoorwaarden:

1. Betreft het een oplossing die voor alle aanbieders een generieke patiëntvolgende oplossing kan zijn?
2. Betreft het een oplossing voor een probleem dat specifiek aan de zorgvraag van de doelgroep ten grondslag ligt?
3. Betreft het een oplossing die de (toekomstige) toegankelijkheid en continuïteit van zorg bevordert?

Voor het beantwoorden van het eerste deel van de onderzoeksvraag ('in hoeverre zijn er problemen in de bekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden') hebben we onderzocht welke kosten zorgaanbieders maken en welke opbrengsten ze binnen de huidige DBC ggz systematiek genereren voor behandeling en voor verblijf. Vervolgens hebben wij onderzocht waarom men niet uitkomt met de tarieven en wat eventuele oorzaken hiervan kunnen zijn. Dit onderzoek omvat instellingen die zich geheel op doven-ggz richten en reguliere instellingen met afdelingen die zich specifiek op doven en slechthorenden richten.

U vraagt in uw opdracht speciale aandacht voor de signalen van aanbieders en cliëntenorganisaties van dovenzorg in de ggz. Deze signalen hebben wij meegenomen in ons onderzoek. Samengevat gaat het om de volgende punten:

a. Communicatie met (doven) doelgroep, waarmee de noodzakelijke inzet van (gespecialiseerde) tolken Gebarentaal en communicatiespecialisten wordt bedoeld.
b. De extra scholingskosten voor medewerkers, voor expertise- en methodiekontwikkeling doven-ggz.
c. De beschikbaarheid van medewerkers (productiviteitsverlies).

De aanbieders die een overgroot deel van de zorg aan deze specifieke doelgroep op zich nemen, zijn allen geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek. Onze bevindingen zijn gebaseerd op bedrijfsvertrouwelijke gegevens en het aantal instellingen uit dit onderzoek is beperkt. Om deze reden nemen wij in deze brief alleen algemene bevindingen op die niet herleidbaar zijn tot de individuele instellingen.

Uitkomsten en conclusies
Onderstaand lichten wij toe in hoeverre er problemen bestaan in de huidige DBC-systematiek voor de doven-ggz.

Kosten en opbrengsten
Uit het onderzoek blijkt dat zowel de gespecialiseerde instellingen (instellingen die zich alleen op doven-ggz richten) als reguliere instellingen hogere kosten maken voor de geleverde zorg dan de inkomsten die ze hiervoor genereren. Dit verschil is dermate groot dat ook de mogelijkheid tot het overeenkomen van max-max tarieven in de huidige situatie geen structurele oplossing biedt.

Behandeling
De totale gemiddelde kostprijs[1] per uur behandeling van de instellingen uit dit onderzoek blijkt lager te liggen dan de landelijke gemiddelde kostprijs gebaseerd op het kostprijsonderzoek ggz uit 2013. Op totaalniveau van de deelnemers aan dit onderzoek zien wij, op basis van de kostprijs per uur, dan ook geen directe tekortkoming binnen de DBC-bekostiging. Opvallend is dat de kostprijs van de voor deze doelgroep gespecialiseerde ggz aanbieder echter ruim boven de totale gemiddelde kostprijs ligt. Deze instelling komt niet uit met de huidige DBC-tarieven. De kostprijzen van de reguliere instellingen laten een wisselend beeld zien.

Verblijf
In dit onderzoek zijn twee instellingen meegenomen die doven-ggz inclusief verblijf leveren. Voor één aanbieder kunnen geen uitspraken op instellingsniveau worden gedaan, gezien het zeer geringe aantal DBC's van deze aanbieder in het onderzochte boekjaar. De andere aanbieder met verblijf maakt per verblijfsdag meer kosten dan de opbrengsten op basis van met de zorgverzekeraar afgesproken categorieën en tarieven voor verblijfsdagen. Deze hoge kostprijs per dag wordt echter niet veroorzaakt door de inzet van personeel of aantoonbare meerkosten die specifiek aan het leveren van doven-ggz toe te schrijven zijn. Wij concluderen dat wij hiervoor geen generieke oplossing in de bekostiging kunnen doorvoeren.

Mogelijke verklaringen voor de hogere kosten
Hieronder lichten wij toe welke oorzaken wij wel en niet zien voor de hogere kosten voor de doven-ggz:

- *Communicatie met de specifieke doelgroep*

Gespecialiseerde ggz aan doven en slechthorenden vereist betrokkenheid van een tolk Gebarentaal en/of een communicatiespecialist.

---
[1] Voor deze berekening hebben wij gerekend met de productiviteitsnorm die voor de tariefberekening in de ggz wordt toegepast.

Beide beroepen kunnen binnen de huidige regelgeving geen tijd schrijven in de behandel-DBC. Het gevolg hiervan is dat de kosten die gemaakt worden door het inzetten van deze beroepen bij de behandeling, voor een zorgaanbieder met een bovengemiddeld aantal dove cliënten, onvoldoende verdisconteerd zijn in de huidige prestaties en tarieven. Deze bevinding komt overeen met signalen vanuit de instellingen dat de voor deze specifieke doelgroep noodzakelijke zorg onvoldoende ingebed is in de huidige bekostiging.

- *Opleidingskosten*

In de kosten-uitvraag is nader ingegaan op de opleidingskosten die worden geboekt op een afdeling/instelling die doven-ggz levert. Uit onze analyses blijkt dat de gemiddelde externe opleidingskosten niet afwijken van het beeld dat wij bij andere instellingen zien.

- *Productiviteitsverlies*

In dit onderzoek hebben we de productiviteit van de beroepen tolk Gebarentaal en communicatiespecialist onderzocht. Beide beroepen hebben een lagere productiviteit dan de productiviteitsnorm die bij de berekening van de DBC ggz tarieven gebruikt wordt. Deze lagere productiviteit kent volgens de instellingen verschillende verklaringen, zoals de hersteltijd van een tolk Gebarentaal na een behandelsessie en de inzet van deze beroepen voor het intern opleiden van andere behandelaren.
Ook de productiviteit van het overige tijdschrijvende personeel ligt lager dan de productiviteitsnorm. Instellingen hebben aangegeven dat interne opleidingen, noodzakelijk om de voor deze patiëntgroep gespecialiseerde expertise op peil te houden, resulteren in een lagere inzetbaarheid van de behandelaren en ondersteuners en daardoor productiviteitsverlies. Instellingen konden de kosten als gevolg van dit productiviteitsverlies niet kwantitatief aantonen.

- *Oorzaken in de DBC productstructuur*

Daarnaast hebben wij een aantal analyses uitgevoerd om te onderzoeken of de huidige DBC productstructuur passend is voor de zorg aan deze specifieke doelgroep. De instellingen laten geen hoger percentage DBC's uit de hoogste tijdsklassen zien in vergelijking met het landelijk gemiddelde. Ook blijkt niet dat er sprake is van een relatief duurder pakket aan diagnoses of duurdere inzet van behandelaren voor deze specifieke patiëntendoelgroep.

Oplossingsrichting

Omdat een oplossingsrichting op korte termijn gewenst is, schetsen wij hieronder de oplossing die wij naar aanleiding van dit onderzoek voorstellen. De wijziging kan al in 2017 doorgevoerd worden en vergt minimaal ingrijpen in de huidige bekostiging waardoor de stabiliteit van de huidige productstructuur gewaarborgd blijft. Daarmee is dit in ieder geval een oplossing totdat de nieuwe productstructuur operationeel is.

Wij zien het toevoegen van de tolk Gebarentaal en communicatiespecialist aan de DBC beroepentabel voor de ggz als belangrijke oplossing voor de hoge kosten die instellingen met een bovengemiddeld aantal patiënten met een auditieve beperking maken. Deze oplossingsrichting voldoet aan de randvoorwaarden die wij stellen aan een oplossing:

- De tolk Gebarentaal en communicatiespecialist worden door alle zorgaanbieders ingezet bij de ggz zorg aan doven en slechthorenden. Het niet kunnen tijdschrijven door deze beroepen is voor iedere instelling in meer of mindere mate een knelpunt in de huidige bekostiging.
- De inzet van de tolk Gebarentaal en communicatiespecialist is direct gerelateerd aan de zorgvraag van deze specifieke patiëntengroep. Het Zorginstituut Nederland heeft geoordeeld dat de inzet van deze beroepen bijdraagt aan de geneeskundige zorg en onder de Zvw valt.
- Het toevoegen van beide beroepen aan de beroepentabel verlaagt naar verwachting de drempel voor het leveren van ggz zorg aan doven en slechthorenden, voor bestaande en nieuwe aanbieders.

De NZa zal namens de brancheorganisatie die de instellingen uit dit onderzoek vertegenwoordigt een adviesaanvraag indienen bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz zal de NZa adviseren over het toevoegen aan de beroepentabel voor de ggz. Bij een positief advies verwachten wij de aanpassing van de beroepentabel te kunnen verwerken in de regelgeving voor 2017.

Uit dit onderzoek is gebleken dat de productiviteit van de tolk Gebarentaal en communicatiedeskundige lager ligt dan de gehanteerde productiviteitsnorm in de DBC ggz systematiek. De vergoeding per uur behandeling via het huidige systeem omvat gemiddelde tarieven die gebaseerd zijn op alle tijdschrijvende beroepen die worden ingezet per DBC. De lagere productiviteit van deze beroepen wordt deels gecompenseerd, doordat het tijdschrijven door deze beroepen zal resulteren in een vergoeding die gemiddeld hoger ligt dan de werkelijke kosten van deze beroepen[2]. Wij zullen, na implementatie van tijdschrijven door deze beroepen per 2017, de productiviteit van deze beroepen en eventuele resterende knelpunten daarin blijven monitoren.

Voor de bevinding uit dit onderzoek dat de productiviteit van het overige tijdschrijvende personeel ten algemene lager is, wegens extra opleidingen ten behoeve van het behouden van voldoende expertise voor deze doelgroep, is vanuit de zorgaanbieders op dit moment nog geen kwantitatieve onderbouwing mogelijk gebleken. Dit maakt dat nog onduidelijk is welk deel van deze lagere productiviteit exact samenhangt met de zorg aan deze specifieke patiëntengroep. Wij zullen in overleg met de zorgaanbieders nagaan hoe de productiviteit in relatie tot de specifieke zorgvraag zo mogelijk nader (kwantitatief) kan worden onderzocht, binnen de context van een breder onderzoek naar de productiviteitsnorm binnen de ggz.

Omdat het niet mogelijk is om de voorgestelde oplossingsrichting te implementeren per 2016, onderschrijven wij uw voornemen om, voor de aanbieder die in aanmerking kwam voor het bijzondere transitieregime, de uitzondering op de afbouw van dit regime te verlengen. Voor de aanbieders met een gespecialiseerde doven-ggz afdeling geldt dat zij de kosten van de doven-ggz in 2016 zullen moeten meenemen in het totaalplaatje waarover zij onderhandelen met de zorgverzekeraar.

---

[2] De tarieven in de DBC ggz systematiek zijn gemiddelden, gebaseerd op een gewogen inzet van verschillende behandelaren met bijbehorende hoge en lage kostprijzen.

Daartoe biedt de NZa middels de max-max tarieven onderhandelingsruimte.

Wij hopen u hierbij voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw.
voorzitter Raad van Bestuur